



LOS ANGELES COUNTY-DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
DMH 고객과 관련된 당사자로부터의 정보

정신 건강상 응급 상황에 처하신 경우,
DMH 센터의 전화 800 854-7771 혹은 **911** 로 전화하십시오.

이 서식이 작성된 사실을 고객에게 알렸습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	
작성자 이름:	날짜:
고객과의 관계:	전화번호:
고객 이름:	생년월일:
적절한 정보 공개에 서명하였으므로, 본 서식에서 제공한 정보에 관한 연락을 받고 싶습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
해당 기관에 전달하고자 하는 구체적인 우려 사항 또는 정보를 기술하십시오.	
<p>다음 사항 중 귀하가 걱정되는 추가적인 문제가 있습니까? (필요할 경우 페이지를 추가하십시오)</p> <p> <input type="checkbox"/> 생활 현황 <input type="checkbox"/> 법률 문제 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 약물 문제 <input type="checkbox"/> 약 <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 행동 <input type="checkbox"/> 치료 계획 <input type="checkbox"/> 기타: </p>	
항목을 선택했다면 그 우려 사항을 설명하십시오.	

나는 이 양식을 작성함으로써 고객의 치료팀에게 정보를 제공하는 데 도움이 될 것을 이해하고 있습니다. 이 정보의 출처는 치료팀의 재량으로 고객에게 공유될 수 있습니다.

서명 _____

날짜 _____

완성된 양식을 팩스로 보내주십시오. DMH-OFFICE OF CONSUMER AND FAMILY AFFAIRS: (213) 252-8767.
 DMH 가족 상담사와 통화하고 싶으시면 (213) 738-3948 로 전화하십시오.